



FE.CA.PA

BOLETÍN DE ADHESIÓN AL SEGURO DE GRUPO

TOMADOR DEL SEGURO: MUTUALIDAD ESCOLAR DE PREVISIÓN DE LA FE.CA.PA.

Datos asegurado 1

(Nombre)	(Primer Apellido)	(Segundo Apellido)
Fecha de nacimiento (d,m,a)	NIF (incluyendo letra)	Fecha de alta en el seguro (d,m,a)

Datos asegurado 2

(Nombre)	(Primer Apellido)	(Segundo Apellido)
Fecha de nacimiento (d,m,a)	NIF (incluyendo letra)	Fecha de alta en el seguro (d,m,a)

Datos alumno

(Nombre)	(Primer Apellido)	(Segundo Apellido)
Fecha de nacimiento (d,m,a)	Curso	Colegio
Fecha de alta en el seguro (d,m,a)		

Declaración de Salud

Asegurado 1

- ¿Ha sido sometido en los últimos tres años, o será sometido próximamente a intervención quirúrgica, radioterapia, quimioterapia, hemodiálisis u otro tratamiento en centros sanitarios con estancia de más de 5 días? Sí No
- ¿Ha padecido o padece cáncer o tumores, enfermedades endocrinas, infecciones VIH como el SIDA y enfermedades asociadas, afecciones de corazón o sistema circulatorio, un accidente cerebrovascular o hipertensión arterial, enfermedades neurológicas o psiquiátricas, enfermedad pulmonar, hepática, o secuela de cirugía o accidente? Sí No
- ¿Tiene concedida o en trámite una Incapacidad Permanente Absoluta o alguna minusvalía superior al 33%? Sí No
- ¿Le ha sido denegado un seguro de vida o de salud en otras compañías? Sí No

Asegurado 1: En caso de haber respondido afirmativamente a alguna de las preguntas, explique el motivo a continuación:

Declaro que son ciertas las afirmaciones marcadas en el presente apartado -Declaración de Salud-:

Firmado: Asegurado 1

Asegurado 2

- ¿Ha sido sometido en los últimos tres años, o será sometido próximamente a intervención quirúrgica, radioterapia, quimioterapia, hemodiálisis u otro tratamiento en centros sanitarios con estancia de más de 5 días? Sí No
- ¿Ha padecido o padece cáncer o tumores, enfermedades endocrinas, infecciones VIH como el SIDA y enfermedades asociadas, afecciones de corazón o sistema circulatorio, un accidente cerebrovascular o hipertensión arterial, enfermedades neurológicas o psiquiátricas, enfermedad pulmonar, hepática, o secuela de cirugía o accidente? Sí No
- ¿Tiene concedida o en trámite una Incapacidad Permanente Absoluta o alguna minusvalía superior al 33%? Sí No
- ¿Le ha sido denegado un seguro de vida o de salud en otras compañías? Sí No

Asegurado 2: En caso de haber respondido afirmativamente a alguna de las preguntas, explique el motivo a continuación:

Declaro que son ciertas las afirmaciones marcadas en el presente apartado -Declaración de Salud-:

Firmado: Asegurado 2

Declaro que las respuestas a las preguntas anteriores son verdaderas y completas y que son la base sobre la que se solicita el seguro bajo la póliza de Seguro Colectivo. Además de lo manifestado previamente declaro estar en buen estado de salud y que cualquier omisión, inexactitud u ocultamiento de las mismas, eximirá a la FE.CA.PA de toda obligación de indemnizar.

De conformidad con la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, sobre tratamiento automatizado de datos de carácter personal, el abajo firmante declara que los datos indicados son ciertos y otorga su consentimiento expreso para que puedan ser tratados automáticamente, con el fin de suscribir el seguro. Esta información podrá ser cedida, en su totalidad o en parte, a Instituciones colaboradoras con el sector asegurador con fines estadísticos y de lucha con el fraude, así como a otras personas o Entidades por razones de análisis de riesgos, de investigación de siniestros, por razones de coaseguro o de reaseguro. Asimismo, podrá hacerse uso de esta información para ofrecer al asegurado otros productos o servicios de la misma Entidad o de cualquier otra perteneciente al grupo de empresas.

FECHA: / /

SELLO Y FIRMA
DEL TOMADOR
DEL SEGURO:

FIRMA DEL
ASEGURADO: